



**CURSO DE PÓS GRADUAÇÃO
ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE MENTAL**

**O PAPEL DO PSICÓLOGO NA GESTÃO DE UM PROGRAMA DE SAÚDE
MENTAL NUM MUNICÍPIO DO INTERIOR DA BAHIA.**

SALVADOR

2014.1

O PAPEL DO PSICÓLOGO NA GESTÃO DE UM PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL NUM MUNICÍPIO DO INTERIOR DA BAHIA.

Autora: Soraia Oliveira Mota Barretoⁱ

Orientadora: Alessivânia Mota

RESUMO

Este estudo traz a experiência da atuação de um profissional de psicologia na gestão de um serviço de saúde mental. O relato de experiência precede de um apanhado histórico acerca da compreensão do imaginário social sobre a loucura e dos modos de tratamento utilizados. Com o movimento da Reforma Psiquiátrica, às críticas à maneira desumana e aos maus tratos pelos quais as pessoas com transtorno mental passavam dão lugar aos serviços substitutivos e aos cuidados de uma equipe multiprofissional, na qual o psicólogo está inserido. Destarte, a atuação do profissional de psicologia neste contexto tem possibilitado ir além da clínica tradicional de consultório em detrimento da clínica ampliada, portanto, configura um momento de ampliação das intervenções psicológicas e reconstrução do papel da psicologia na sociedade.

Palavras-chave: Saúde Mental – Psicologia – Atenção Psicossocial - Gestão

PSYCHOLOGIST'S ROLE IN THE MANAGEMENT OF A MENTAL HEALTH PROGRAM IN BAHIA INTERIOR OF MUNICIPALITY.

ABSTRACT

This study brings the experience of the performance of a psychology professional in the management of a mental health service. The experience report precedes a historical overview about the understanding of the social imaginary of the madness and treatment methods used. With the movement of psychiatric reform, the criticism of the inhuman way and ill-treatment by which people with mental disorders passed give way to substitute services and the care of a multidisciplinary team, in which the psychologist is inserted. Thus, the performance of the psychology professional in this context give up the traditional clinic office at the expense of expanded clinical therefore sets a time of expansion of psychological interventions and reconstruction of the role of psychology in society.

Keywords: Mental Health - Psychology - Psychosocial Care – Management.

A História da Loucura

A loucura é definida e compreendida de acordo com o momento histórico de cada época, sendo entendida como falta da razão. Conforme apontam Millani e Valente (2008) durante a época medieval a loucura era compreendida como manifestações demoníacas e com o racionalismo moderno passa a ser considerada como antagônico à sabedoria. Sendo assim, o louco é considerado alguém incapaz de pensar e de participar do meio social, sendo tolhido dos direitos enquanto cidadão. Ainda de acordo com as autoras, a partir do século XVII a loucura ocupa um espaço de exclusão e então são criados os primeiros estabelecimentos para internação. Contudo, estes não constituíam-se espaços que ofereciam cuidados mas, depósitos no qual eram jogadas estas pessoas indesejadas, juntamente com várias outras acometidas por doenças venéreas, lepra, entre outras.

“(…) Até a Renascença, a sensibilidade à loucura estava ligada a transcendências imaginárias. A partir da era clássica, e pela primeira vez, a loucura é percebida através de uma condenação ética da ociosidade e numa iminência social garantida pela comunidade de trabalho. Essa comunidade adquire um poder ético de divisão que lhe permite rejeitar, como num outro mundo, todas as formas de inutilidade social.” (MILLANI, VALENTE. p.07, 2008).

As Casas de Internação, ainda de acordo com Millani e Valente (2008), ofereciam trabalhos forçados, os quais conotavam um caráter moral e punitivo e tinham o objetivo de superação da condição de loucura, sem deixar contudo de evidenciar as idéias de repressão. No século XVIII a loucura continua sendo mal tratada, as pessoas com transtornos mentais passam a ser encaminhadas aos hospitais gerais, sendo então associada à idéia de animalidade – pessoas com transtornos mentais eram acolhidas em condições e estruturas inadequadas, enfrentando situações de humilhação e sofrimento.

Conforme aponta os estudos de Lima (2005), apenas no século XIX que a Medicina apropriou-se do estudo da loucura e a Psiquiatria constituiu-se, e deste modo o hospital passa a ser espaço que proporciona observação, diagnóstico e terapêutica. Contudo, cria-se um espaço social onde o louco torna-se alvo de julgamentos morais. O

psiquiatra assume então o lugar do especialista que apreende a loucura e indica a possibilidade de cura, silenciando-a.

No entanto, após o final da Segunda Guerra Mundial surgem os movimentos em alguns países que dão força ao rompimento do paradigma psiquiátrico predominante corroborando para a eminência da Reforma Psiquiátrica, a qual previa uma transformação no cenário da Saúde Mental, trazendo mudanças nas práticas das instituições psiquiátricas e rediscutindo a assistência à pessoa com transtorno mental e a afirmação dos seus direitos.

A Reforma Psiquiátrica e a Luta Antimanicomial

A partir da segunda metade do século XX, o psiquiatra italiano Franco Basaglia impulsiona o Movimento da Luta Antimanicomial e dispara críticas que objetivam provocar transformações na compreensão, no tratamento e nas instituições psiquiátricas. O movimento alcança repercussão em vários países, e muito particularmente no Brasil, iniciando o movimento da Luta Antimanicomial que nasce profundamente marcado pela idéia de defesa dos direitos humanos e de resgate da cidadania das pessoas com transtornos mentais.

O Movimento Nacional da Luta Antimanicomial no Brasil foi iniciado na década de 70, num momento em que várias esferas da sociedade brasileira discutiam a redemocratização do país. Nessa época, aconteceram as lutas sindicais bem como os movimentos sociais que reivindicavam os direitos de grupos marginalizados, como o de negros, mulheres e homossexuais. (CORREIA, 2011)

Assim, Correia (2011) aponta que o Movimento Antimanicomial é, antes de tudo, a expressão da luta pela defesa dos direitos humanos das pessoas que, por terem transtornos mentais, são excluídas da vida social e ficam à mercê do poder das instituições. Tal situação se justifica porque, desde quando foi criado, o manicômio representa o lugar que faz uso da violência sobre as pessoas internadas. Além disso, vale ressaltar que, na década de 60, os hospitais psiquiátricos, na época denominados “clínicas de repouso”, foram economicamente usados como “fábricas da loucura”, em que havia mais interesse em manter e aumentar a clientela “louca” do que tratá-la.

Nesse contexto, inicialmente por meio dos profissionais que trabalhavam com a assistência psiquiátrica, começou-se a questionar as práticas do sistema, alertando para as possíveis consequências danosas dos métodos manicomiais. A partir de então, usuários, familiares, profissionais e outras esferas sociais começaram a se articular a ponto de surgir, na década de 70, o Movimento Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental, cobrando melhorias e mais investimentos na área da saúde mental pública. (CORREIA, 2011)

Em dezembro de 1987, no II Congresso Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental, que aconteceu em Bauru-SP, passa a existir o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, o qual tem por lema “Por uma sociedade sem Manicômios”. Sendo considerado movimento social, a Luta Antimanicomial reivindica a substituição dos hospícios por meios de tratamento que assegurem o direito à dignidade, respeito e liberdade das pessoas que utilizam os serviços de saúde mental. Aliado a essa luta, nasce o movimento da Reforma Psiquiátrica que, de acordo com Lünchmann e Rodrigues (2007) mais do que denunciar os manicômios como instituições de violências, propõe a construção de uma rede de serviços e estratégias territoriais e comunitárias, profundamente solidárias, inclusivas e libertárias.

Portanto, no que se refere ao processo de Reforma Psiquiátrica, o movimento apoiou às denúncias de maus-tratos, de desumanização e privação de direitos a que os loucos eram submetidos nos manicômios, sendo então inicialmente proposto a humanização dos hospitais psiquiátricos. Contudo, conforme aponta Tenório (2002), posteriormente passa a requerer o fechamento dos manicômios e sua gradativa substituição por equipamentos abertos e que possibilitariam a reabilitação e ressocialização das pessoas com transtorno mental, permitindo-lhes o exercício de sua cidadania.

Os serviços Substitutivos

A trajetória do Movimento da Reforma Psiquiátrica, portanto, é marcado pela promulgação da Lei 10.216/01, que prevê a garantia da reinserção social e reabilitação psicossocial às pessoas com transtornos mentais, e as leis que regulamentaram os serviços substitutivos - Centro de Atenção Psicossocial – CAPS, Núcleos de Apoio Psicossocial – NAPS, centros de convivência, hospitais-dia, os leitos psiquiátricos em

hospitais gerais e os lares abrigados, os quais representam conquistas e referência para os atuais serviços e modelo assistencial em saúde mental (MARTINS et al, 2011). Ainda segundo as autoras, o movimento implica em transformações em vários campos: *teórico-assistencial* (evidencia uma compreensão do sujeito enquanto ser psicossocial contrariamente à visão organicista); *jurídico-político* (aprovação de leis e portarias provenientes de discussões acerca das práticas e políticas vigentes), *sociocultural* (rompimento da visão do louco enquanto objeto e compreensão deste enquanto sujeito, com individualidade e subjetividades) *técnico-assistencial* (norteados pelo processo de desinstitucionalização, são criados serviços substitutivos que visam favorecer a expressão do sujeito e a participação social).

Dentre os serviços substitutivos, o CAPS tem como objetivo “oferecer atendimento à população, acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários através de acesso ao trabalho, lazer, acesso aos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários”. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

As atividades realizadas no CAPS são caracterizadas por ocorrerem em ambiente aberto em que o usuário permanece inserido na sociedade, preocupando-se com o sujeito e sua singularidade, sua história, sua cultura e sua vida cotidiana. Assim, estes serviços funcionam de forma diferente, a depender do tamanho da população e da especificidade da demanda, ou seja, Centro de Atenção Psicossocial para infância e adolescência - **CAPSi**, oferece atendimento diário para crianças e adolescentes com transtornos mentais severos e persistentes; Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e Outras Drogas - **CAPS Ad**, para atendimento diário às pessoas com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas como álcool e outras drogas; **CAPS I e CAPS II** oferecem atendimento diário de adultos com transtornos mentais severos e persistentes e o **CAPS III** que oferece atendimento diurno e noturno à população de referência – adultos com transtornos mentais severos e persistentes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004). É um serviço que tem como premissa oferecer não apenas o atendimento clínico mas, sobretudo, a possibilidade de reabilitação psicossocial e a constituição da rede de saúde mental no território (Ramminger e Brito, 2011). Ainda sobre os CAPS, estas autoras pontuam que:

“O CAPS é um serviço aberto e comunitário do Sistema Único de Saúde, que tem como objetivo acolher as pessoas que sofrem com transtornos mentais severos e persistentes, num dado território, oferecendo cuidados clínicos e de

reabilitação psicossocial, evitando as internações e favorecendo o exercício da cidadania e da inclusão social dos usuários e de suas famílias.” (REMMINGER E BRITO, p. 151, 2011.)

Os serviços substitutivos criados para viabilizar a oferta de tratamento para a loucura em meio aberto incluem equipamentos cuja estruturação e cujo funcionamento exigem a interdisciplinaridade. Este trabalho interdisciplinar está contemplado num modelo de “clínica” entendida numa concepção ampliada, pois inclui também o aspecto social, consolidando um modo de cuidado indispensável para que a loucura possa efetivamente circular no tecido social, fazendo laços e inventando novas formas de ser e de existir. Quanto à esta concepção de “clínica ampliada” Campos e Amaral (2007) afirma:

(...) para a clínica ampliada, haveria necessidade de se ampliar esse objeto, agregando a ele, além das doenças, também problemas de saúde (situações que ampliam o risco ou vulnerabilidade das pessoas). A ampliação mais importante, contudo, seria a consideração de que, em concreto, não há problema de saúde ou doença sem que estejam encarnadas em sujeitos, em pessoas. Clínica do sujeito: essa é a principal ampliação sugerida. (CAMPOS e AMARAL, p.852, 2007)

Neste novo modelo de pensar a clínica, torna-se imprescindível a atuação da equipe interdisciplinar, salientando portanto a importância das diferentes áreas de conhecimento compondo os serviços de saúde, principalmente serviços de saúde mental, que através da oferta da reabilitação psicossocial às pessoas com transtornos mentais, necessitam considerar os diversos aspectos do seu contexto.

Saube Et al (2005) destaca que a interdisciplinaridade implica o reconhecimento da complexidade crescentado objeto das ciências da saúde e exige que a equipe interdisciplinar tenha um olhar plural. Os autores apontam ainda que a possibilidade de trabalho conjunto desta equipe, mesmo sendo composto por saberes de áreas específicas, ao compartilhar as soluções para os problemas das pessoas e das instituições investe-se em estratégia para a concretização da integralidade das ações de saúde. Reforçando esta compreensão Peduzzi (2001) a partir de seus estudos argumenta que:

“O trabalho em equipe não pressupõe abolir as especificidades dos trabalhos, pois as diferenças técnicas expressam a possibilidade de contribuição da divisão do trabalho para a melhoria dos serviços prestados, à medida que a especialidade permite aprimoramento do conhecimento e do desempenho técnico em determinada área de atuação, bem como maior produção. Os profissionais de saúde destacam a necessidade de preservar as especificidades de cada trabalho especializado, o que implica manter as diferenças técnicas correlatas.” (PEDUZZI, 2001, p.108)

A mesma autora enfatiza que no que concerne ao trabalho em equipe, cada profissional realiza ações específicas de sua área profissional como também lhe é solicitado que desempenhe ações comuns aos distintos campos de atuação, o que significa segundo Ramminger e Brito (2011) “borrar a fronteira dos especialismos”. De acordo com esta compreensão, quanto às atividades realizadas em um serviço como o CAPS, as autoras entendem que:

“Ao contrário da máxima “ninguém é insubstituível”, fica claro que em uma atividade propositalmente pouco regrada, em que a capacidade normativa dos trabalhadores é uma exigência, a mudança ou chegada de apenas uma pessoa altera toda a rotina do serviço. Aqui entramos em um terreno onde mais que a formação técnica ou o regramento do serviço, o que vale é a história de vida, os valores que cada trabalhador traz consigo e o modo como tudo isso (seus valores, os dos usuários e os de seus colegas) entram em sinergia em determinada situação.” (RAMMINGER E BRITO, 2011, p.156 – 157)

Portanto, cada técnico dentro da equipe de saúde tem uma compreensão peculiar sobre cada usuário, considerando que “nos serviços de saúde há um encontro entre diferentes vontades, sujeitos e necessidades. Mesmo na atividade de cada profissional de saúde, diferentes negociações de eficácia são realizadas” (RAMMINGER E BRITO, 2011, p. 513). Deste modo, a proposta que é requerida pelos serviços substitutivos em saúde mental demanda esta lógica de funcionamento da equipe, provocando assim que a atuação de algumas classes profissionais seja repensada ou ampliada.

Dentre os profissionais que se inserem nestes serviços, destaco o psicólogo, o qual busca sua inserção no campo da saúde pública. Além disso, cabe também considerar que as abordagens psicossociais, tal qual praticada no CAPS, vêm ganhando espaço dentro da psicologia, tendo em vista as demandas sociais emergentes, como

aponta Alves e Francisco (2009). De acordo com as estudiosas esta compreensão contempla o sujeito e suas várias dimensões – física, psicológica, aspectos ambientais e a social – e no que diz respeito à compreensão do transtorno mental e sua relação com a abordagem psicossocial, enfatizam que “faz parte dessa perspectiva superar a visão que o concebe como unicamente da ordem individual, dissociada das demais instâncias em que vive o indivíduo” (ALVES E FRANCISCO, 2009, p.770) propondo então inúmeras possibilidades de cuidado e avaliações contínuas, bem como o compartilhamento de responsabilidades pois “o referencial teórico de uma psicologia voltada para o social norteia seus pressupostos para a implicação mútua dos agentes, considerando o universo simbólico presente nos âmbitos de relações intra e interpessoais” (p.770).

A Psicologia e a Saúde Mental

A psicologia constitui-se enquanto profissão a partir da prática clínica, e conforme apontam os estudos de Oliveira et al (2004) durante a graduação os psicólogos tem uma influência e um direcionamento pautado na proposta de clínica tradicional, dentro de uma formação clássica, que os deixa sem ferramentas teóricas, técnicas e críticas para atuar no SUS.

“Sem dúvida, a referência clínica que traz subjacente o modelo médico de atuação ainda perpassa de maneira expressiva a formação acadêmica dos psicólogos. Entretanto, tal tendência prolonga-se pela vida profissional por razões outras que não só a formação. A cultura profissional e psicologizante que permeia a prática psicológica conduz à idéia, tanto para a categoria quanto para o senso comum, de que a psicoterapia seja sinônimo de atuação psicológica.” (OLIVEIRA ET AL, p.85, 2004.)

Porém, com os novos serviços que se constituem no campo da saúde pública, a compreensão da clínica vem sido repensada, principalmente a partir da inserção do conceito de “clínica ampliada” (CAMPOS e AMARAL, 2007). No que se refere à inserção do profissional de psicologia em contexto de saúde pública, podemos tecer algumas considerações. A psicologia compreende um campo amplo, em que diversas formas de atuação são possíveis, entretanto, tem-se discutido modos de intervenção que estejam para além dos moldes clássicos, os quais estão pautados no atendimento clínico individual e privado e mais próximo da realidade que se configura. Nesse sentido, o

profissional de psicologia tem se inserido em diversas áreas em que é possível articular a atuação e o compromisso social da profissão, possibilitando intervenções cada vez mais efetivas e adaptadas, para tanto destaca-se a atuação do psicólogo no campo da Saúde Mental vinculado à Lei Antimanicomial, o que, de acordo com Sant´Anna e Brito (2006) amplia a o papel dos psicólogos.

Para estas autoras a atuação do profissional de psicologia no campo da Saúde Mental possibilita a reabilitação da pessoa com transtorno mental através de sua desvinculação da instituição e promovendo a reinserção social a partir da garantia dos seus direitos enquanto cidadão como também da valorização dos seus desejos. No que se refere aos novos campos de atuação no âmbito da saúde pública, sobretudo na saúde mental, Cantele Et al (2012) sinalizam que:

“A partir desse novo campo de trabalho que se apresentava ao psicólogo, surgiram vários questionamentos referentes à sua formação e à sua capacitação para ampliar suas atividades nesse espaço, o que demandaria um repensar em torno da saúde e da doença e seus diversos aspectos – políticos, sociais, econômicos e psicológicos.” (CANTELE ET AL, 2012, p. 913)

Portanto, dentro da equipe multiprofissional, é possibilitado ao psicólogo repensar a sua prática e compor intervenções conjuntas com os demais profissionais, contudo traz contribuições específicas, de acordo com Pietroluongo e Resende (2007) apud Cantele Et al (2012):

“(...) devido a sua formação diferenciada tem um lugar essencial dentro da equipe multidisciplinar, lugar que se constrói a partir da escuta, que possibilita que o profissional desenvolva momentos de subjetivação no âmbito familiar, ampliando a percepção da equipe e da família em torno dos problemas levantados por esta.” (p. 913-914)

Entretanto, no que se refere ao processo de reorganização dos serviços e do cuidado dispensados à pessoa com transtorno mental, conforme pressupostos da reforma psiquiátrica, cabe não apenas ao psicólogo desconstruir o estigma social criado em torno da figura do louco mas também aos demais integrantes da equipe.

Cabe ainda considerar que a inserção do psicólogo no campo da saúde pública é algo ainda recente, portanto, nota-se que há limitações quanto à sua participação nas

políticas públicas de saúde, e esta postura diante de tal contexto está ligada ao processo de formação profissional (SILVA ET AL, 2010), embora é pertinente destacar a participação dos psicólogos na construção de políticas públicas no Brasil, principalmente na área de saúde, através da proposição e produção de conhecimentos como afirma Fagundes (2004)apud Cantele Et al (2012). As autoras consideram de grande relevância este novo lugar que a psicologia assume, tendo em vista que corresponde às demandas emergentes e que constitui-se um modelo assistencial que atende aos usuários, portanto, concretiza o *lugar* do psicólogo nos serviços públicos de saúde, permitindo que novos espaços se criem para se repensar a sua prática profissional na área da saúde mental.

Um dos espaços que pode se constituir como campo inovador para a prática da psicologia é a gestão. Sobre o processo de gerir pessoas, em contextos organizacionais, é compreendido por Kienen e Wolf (2002) apud Schett (2005) não apenas a partir de técnicas e procedimentos administrativos, mas sobretudo propiciar às pessoas o desenvolvimento de competências relacionadas ao trabalho com o objetivo de torná-las eficientes, eficazes, participativas e consequentemente realizadas profissionalmente.

O psicólogo e a gestão

Esta ampliação do lugar do profissional de psicologia e consequentemente dos diversos modos e áreas de atuação implica na diversificação do seu papel na sociedade, de acordo com os estudos de Bock (1993) apud Sant'Anna e Brito (2006).As estudiosas apontam, baseadas em teóricos do psicodrama, que a partir da compreensão acerca do significado do termo “papel” tem-se:

“No desempenho de um determinado papel, a pessoa integra, em uma relação específica, elementos que constitui em sua participação na cultura às suas características pessoais, de modo que, quanto mais desenvolvido um papel, mais livre é a manifestação daquela pessoa quando o desempenha.”
(SANT'ANNA E BRITO, 2006, p.371)

Portanto, defendem que torna-se imprescindível considerar o processo de compreensão da história da loucura, o processo de Luta Antimanicomial e também da história da profissão para então compreender a atuação dos psicólogos inseridos no

campo da saúde mental, bem como o impacto de tais influências. Sendo assim, as intervenções da psicologia vão ao encontro das diretrizes do SUS e da compreensão dos sujeitos de modo integral quando é possível recriar os modos de atuar, considerando de modo amplo as condições sociais e pessoais de cada sujeito (Alves e Francisco, 2009):

“Então, a construção de espaços em que a necessidade de criação, de reinvenção de modos de fazer e agir, é permanente, exige do profissional habilidade, sensibilidade e comprometimento para legitimar o seu poder de contratualidade com os diversos atores envolvidos.” (ALVES E FRANCISCO, 2009, p.774)

Dentre os modos possíveis de reformular a atuação do psicólogo a partir desta compreensão psicossocial é a atuação enquanto gestor de um serviço de saúde mental. Assumindo este papel, conforme a experiência que será relatada, é possível vislumbrar o contexto de forma ampla, na perspectiva psicossocial, com o olhar sensível às demandas emergentes e às subjetividades, devido às influências da formação acadêmica, e com o entendimento de todo processo histórico e social que perpassa o campo da saúde mental e a implantação de um serviço substitutivo direcionado aos usuários de álcool e outras drogas.

Nesta função o movimento de pensar e repensar a atuação é constante, todavia não há um modelo pronto:

“Qualquer tentativa de receita para a gestão em saúde terá de enfrentar a tensão constitutiva deste campo nos terrenos da política e do processo de trabalho, que conformam as bases para o conjunto das organizações de saúde, onde se opera cotidianamente a produção dos modelos de atenção, e reconhecer que a saúde é um território de práticas em permanente estruturação, ontologicamente conflitivo, conforme os sujeitos coletivos em cena.” (MERHY, 1999, p.313)

Relatos de uma experiência na gestão: construções e desafios

À vista de toda esta discussão preliminar, este estudo a partir de uma abordagem qualitativa pretendeu trazer o relato de experiência de um profissional de psicologia

atuando na gestão de um programa de saúde mental em um município do interior da Bahia.

Refiro-me portanto à minha experiência enquanto psicóloga assumindo a função de coordenadora de saúde mental do município, responsabilizando-me pela gestão de um CAPS I e num momento que precede a implantação de um CAPS Ad III Regional no município. Considerando a minha experiência prévia no campo da saúde mental, porém inexperiência nesta função, são evidenciadas sensações de angústia e relativa insegurança – no que se refere aos trâmites burocráticos que envolvem a manutenção do funcionamento de um CAPS I já existente no município e a implantação do CAPS AD III.

Portanto, pontuarei alguns entraves e possibilidades concernentes à esta experiência. Primeiramente, é relevante pontuar as dificuldades encontradas no que tange à interlocução da saúde mental com diferentes setores da saúde, considerando a formação profissional dos trabalhadores da saúde do município e a marcante influência da construção social acerca da figura louco como aquele que precisa estar afastado do convívio social. Tais fatores acabaram por influenciar negativamente, gerando a dificuldade de diálogo entre o CAPS e demais serviços oferecidos.

Outro entrave identificado foi a atuação de alguns profissionais da saúde, inclusive integrantes da própria equipe técnica de saúde mental. Foi perceptível que muitos não possuíam uma compreensão mais ampla acerca dos objetivos e diretrizes do modelo de atenção psicossocial. Assim sendo, a atuação desvinculada dos preceitos da reforma psiquiátrica e centrada no modelo médico e biologicista trouxe impacto negativo para a oferta de possibilidades de reabilitação e reinserção social dos usuários.

Entretanto, diante deste cenário foi possível construir algumas intervenções e desconstruir algumas visões consideradas pertinentes. Deste modo, ressalto a importância do profissional de psicologia no contexto da saúde mental, indicada em estudos que relatam que:

“(…)os psicólogos são atores importantes na construção/invenção de políticas públicas no Brasil, em especial, na área da saúde, na formulação de novas propostas, na formação de profissionais, na produção de conhecimentos, na invenção da atenção, ao designar dispositivos clínicos e de

cuidados, e na participação em conselhos de saúde, entre muitos outros.”
(FAGUNDES 2004 APUD CANTELE ET AL 2012, p.914).

Assim, foram construídos espaços de discussão com a gestão municipal de saúde e com as equipes de saúde –Equipes de Saúde da Família, Núcleo de Apoio à Saúde da Família - e com a equipe técnica de saúde mental a fim de promover a ressignificação da loucura e sensibilizar os profissionais quanto ao cuidado que precisa ser oferecido às pessoas com transtornos mentais. Somado à isto, a inserção de uma apoiadora institucional fez-se necessário para discutir os processos de trabalho, interdisciplinaridade, intersetorialidade, estratégias de cuidado e de responsabilização dos sujeitos, bem como aspectos clínicos e políticos que envolvem a atenção em saúde mental.

O psicólogo na gestão da saúde mental, além de indicar uma possibilidade de inserção que se constitui, revela um desejo representado aqui pela aptidão e identificação com o trabalho e uma identificação pessoal, o qual remete à afinidade com a causa da saúde pública e sobretudo com a reforma psiquiátrica. Quanto à isso, a literatura revela que:

“Em termos do interesse pela área, verificamos que o aspecto menos importante refere-se à estabilidade financeira. Geralmente, os profissionais vêm-se identificados com o campo da saúde pela eventual possibilidade de uma atuação com um significado social e pessoal bem mais amplo do que o da clínica tradicional (YAMAMOTO & CAMPOS, 1997, Apud RUTSATZ E CÂMARA, 2006, P.60).

À vista disto, as autoras defendem que o psicólogo que atua na área não compreende com clareza a importância de seu papel devido à falta de remuneração adequada, o que lhe faz entender que tal fato signifique uma desvalorização profissional. Sendo assim, “talvez este seja um problema eminente na profissão, pois os psicólogos optam pelo campo da Saúde Pública para satisfazerem-se pessoalmente e também para atuar em políticas públicas” (RUTSATZ E CÂMARA, 2006, p. 60). Na experiência a que me refiro, a satisfação pessoal com o campo da Saúde Pública tem uma íntima relação com o processo de formação acadêmica e as influências profissionais e pessoais.

Assim sendo, esta satisfação pessoal aliada ao processo de formação profissional permitiu que, aos poucos, fosse evidenciado o envolvimento com os serviços e com as equipes de saúde mental para assim dar conta das atribuições do cargo. Atrelado à isto, houve o apoio da gestão municipal de saúde propiciando momentos de discussão e informação a fim de que eu pudesse me apropriar principalmente das questões burocráticas. Logo, pude participar de reuniões intersetoriais no município, de reuniões com gestores e demais coordenadores de saúde mental, sendo estas mediadas pela Diretoria Regional de Saúde - DIRES e pela Diretoria de Gestão do Cuidado ligada à Secretaria de Saúde do Estado da Bahia – SESAB.

E considerando ainda o que aponta o estudo de Rutsatz e Câmara (2006):

“Para atuar na Saúde Pública é necessário ter indivíduos que exerçam sua capacidade de reflexão sobre o meio, adotando uma postura crítica em relação ao seu trabalho e ao conhecimento apreendido em seu processo de educação permanente. Estes devem estar capacitados para integrar diferentes conhecimentos no planejamento de ações em saúde valorizando o trabalho em equipe.” (CAMPOS E AGUIAR 2002 Apud RUTSATZ E CÂMARA, 2006, p. 61).

Cabe salientar que foi adotada uma postura crítica em relação à execução do meu trabalho, tendo em vista meu envolvimento com o processo de educação permanente através de vinculação em cursos em formato de Educação a distância - Ead e presenciais, e em especialização na área de Saúde mental, com intuito de me permitir tais reflexões constantes como também propiciar à equipe técnica o mesmo processo.

Mesmo com a compreensão da psicologia como uma profissão elitizada e voltada para o atendimento clínico individual, mesmo tendo a imagem do psicólogo como o profissional que cuida de loucos, o que restringe e limita o acesso à ao profissional em questão ou até mesmo a tímida relação que a psicologia ainda apresenta diante do contexto social e da saúde pública, a experiência me mostra que este espaço de gestão de um serviço de saúde mental assim como outros espaços não estão postos e precisarão ser conquistados.

A ampliação da atuação da profissão torna-se necessária à medida que conquista estes novos espaços e que gradativamente a imagem social da função que exercemos vai sendo reconstruída e delineada pelas nossas escolhas. Diante do exposto, entendo que

tenho um compromisso ético com a profissão e que conforme escolho atuar no campo da saúde mental assumo um compromisso político com a Reforma Psiquiátrica, a Luta Antimanicomial e os cuidados que precisam ser dispensados aos usuários dos serviços de saúde mental.

Ora, se há um investimento pessoal e profissional neste referido campo de atuação, o resultado que se compõe há de ser positivo e propício às conquistas importantes para mim enquanto coordenadora do serviço, para os técnicos e para os usuários dos serviços.

Quanto ao campo da saúde mental, constata-se que apesar das conquistas trazidas pelo movimento de Reforma Psiquiátrica, percebe-se que há muito no que se avançar, para que suas ações e serviços propostos sejam efetivados e a psicologia pode trazer várias contribuições neste sentido.

REFERENCIAS:

ALVES, Edvânia dos S.; FRANCISCO, Ana Lúcia. Ação psicológica em saúde mental: uma abordagem psicossocial. **Psicologia: ciência e profissão**, Brasília, v. 29, n. 4, p. 768-779. 2009.

CAMPOS, G.W.S.; AMARAL, M.A. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n.04, p. 849-859.2007.

CANTELE, Juliana; Et Al. A Psicologia no modelo atual de atenção em saúde mental. **Psicologia: ciência e profissão**, Brasília, v. 32, n. 4, p. 910-925. 2012 .

CORREIA, Valmir R. **O profissional da estratégia de saúde da família na promoção da saúde mental**. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, 181 pgs.

DIMENSTEIN, Magda D. B. O psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde: desafios para a formação e atuação profissionais. **Estudos de Psicologia**, Teresina, vol.3, n.1, p.53-81. 1998.

HAFNER, Maria de Lourdes M. B. et al. A formação médica e a clínica ampliada: resultados de uma experiência brasileira. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 01, p. 1715-1724.2010.

LIMA, Mônica. Atuação psicológica coletiva: uma trajetória profissional em unidade básica de saúde. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v.10, n.03, p. 431-440.2005.

LUCHMANN, Lígia Helena H.; RODRIGUES, Jefferson. O movimento Antimanicomial no Brasil. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p.399-407. 2007.

MARTINS, Álissan K. L. et al. Do Ambiente Manicomial Aos Serviços Substitutivos: A Evolução Nas Práticas Em Saúde Mental. **SANARE**, Sobral, v.10, n.01, p. 28-34. 2011.

MERHY, Emerson Elias. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 305-314. 1999 .

MILLANI, Helena de F. B.; VALENTE, Maria L. de C. O caminho da loucura e a transformação da assistência aos portadores de sofrimento mental. **Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas – SMAD**, Ribeirão Preto, v. 04, n.02, p.01-19. 2008.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial/ Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Brasília, 2004.

OLIVEIRA, Isabel F., Et al. O psicólogo nas unidades básicas de saúde: formação acadêmica e prática profissional. **Interações**, v.09, n.17, p. 71-89. 2004.

PEDUZZI, Marina. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Ver Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n.1, p.103-109. 2001.

RAMMINGER, Tatiana; BRITO, Jussara Cruz de. "Cada Caps é um Caps": uma coanálise dos recursos, meios e normas presentes nas atividades dos trabalhadores de saúde mental. **Psicologia e Sociedade**, Florianópolis, v. 23, n. spe, p.150-160. 2011 .

RUTSATZ, S. N. B.; CÂMARA, S. G. O psicólogo na saúde pública: trajetórias e percepções na conquista desse espaço. **Aletheia**, n. 23, p. 55-64. 2006.

SANT'ANNA, Tatiana Camargo de; BRITO, Valéria Cristina de Albuquerque. A lei Antimanicomial e o trabalho de psicólogos em instituições de saúde mental. **Psicologia: ciência e profissão**, Brasília, v. 26, n. 3, p.368-383. 2006.

SAUPE, R. et al. Competência dos profissionais de saúde para o trabalho interdisciplinar. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.9, n.18, p.521-36. 2005.

SILVA, Marcus Vinicius de Oliveira; Et Al. Programa de intensificação de cuidados: experiência docente-assistencial em Psicologia e reforma Psiquiátrica. **Psicologia: ciência e profissão**, Brasília, v. 30, n. 4, p.882-895.2010.

SCHETT, Fátima Rosely. O papel da psicologia no desenvolvimento de líderes organizacionais segundo psicólogos e líderes. 2005. 183 págs. Doutorado em Psicologia, PUC, Campinas, 2005.

TENÓRIO, Fernando. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. **História, Ciências, Saúde**, Manguinhos, vol. 9, n. 1, p. 25-59. 2002.

ⁱ Graduada em Psicologia e pós graduanda na Especialização em Atenção Básica à Saúde Mental pela Bahiana – Escola de Medicina e Saúde Pública.